



DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE GRANULOMA PERIFÉRICO DE CÉLULAS GIGANTES EM MANDÍBULA – RELATO DE CASO

Diagnosis and Treatment of Peripheral Granuloma of Giant Cell in the Jaw –
Case Report



Autores:

Antônio José Araújo Pereira Júnior

Staff do Departamento de Cirurgia Maxilofacial do Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) – MG

Gabriel Araújo Amaral dos Anjos

Graduando em Odontologia pela Universidade Estácio de Sá/Campus Juiz de Fora - MG

Isabela das Graças de Almeida Rodrigues

Graduanda em Odontologia pela Universidade Estácio de Sá/Campus Juiz de Fora – MG

Guilherme Teixeira Luna

Graduando em Odontologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG

Isabela Possas da Fonseca Pereira

Mestranda em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) – MG

Endereço para correspondência:

Avenida Luz Interior, 105 – Bairro Estrela Sul – Juiz de Fora – MG; CEP 36030-776;

Telefone: (32) 98876-3261; E-mail: isapit2005@yahoo.com.br

RESUMO

O granuloma periférico de células gigantes (GPCG) é uma lesão hiperplásica benigna causada por trauma local ou trauma crônico. Origina-se do ligamento periodontal ou mucoperiósteo. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso de GPCG em mandíbula tratada com sucesso através de excisão cirúrgica, curetagem e ostectomia periférica.

Palavras-chave: Granuloma de células gigantes periféricas; doenças ósseas; granuloma

ABSTRACT

Peripheral giant cell granuloma (PGCG) is a benign hyperplastic lesion caused by local trauma or chronic trauma. It originates from the periodontal ligament or mucoperiosteum. The objective of this work is to present a case of PGCG in the mandible successfully treated through surgical excision, curettage and peripheral ostectomy

Key words: Peripheral giant cell granuloma; bone diseases; granuloma

INTRODUÇÃO

O granuloma periférico de células gigantes (GPCG) é uma lesão exofítica, benigna que ocorre exclusivamente na cavidade oral, de etiopatogênese incerta, proliferativa e reacional do tecido conjuntivo fibroso ou do peri-ósteo, sendo, portanto, uma lesão proliferativa não-neoplásica. Surge como uma resposta proliferativa anormal e reacional dos tecidos a uma irritação local ou a traumatismo crônico, tendo como fatores predisponentes ao seu desenvolvimento a presença de raízes residuais, próteses e restaurações mal adaptadas, placa e cálculos dentais, periodontite e implantes, possuindo maior frequência entre a quarta e sexta década de vida, com maior predileção pelo sexo feminino (SUBRAMANIAN et al, 2019). Ocorre com maior frequência na mandíbula sendo a região dos pré-molares e molares a mais afetada (FORTES et al, 2018; FRANÇA et al, 2010).

Como aspecto clínico, observa-se uma lesão elevada na mucosa gengival ou alveolar de áreas edêntulas, de consistência mole ou gelatinosa com coloração vermelha, purpúrea ou roxo-azulada que pode ser sésil ou pediculada, usual-

mente assintomática, em que o paciente pode referir hemorragia e dor ocasional devido ao trauma, geralmente não excede os 2 a 3 cm de diâmetro, podendo atingir um ou mais dentes e estender-se desde a gengiva vestibular à palatina ou lingual, associado ou não a deslocamento dentário e mobilidade (FORTES et al, 2018; FRANÇA et al, 2010; NEVILLE et al, 2016).

O aspecto imaginológico, principalmente através de radiografias, caracteriza-se por discretas áreas de reabsorção óssea em forma de taça, provavelmente pela compressão exercida pela lesão. O acentuado potencial de crescimento da lesão pode levar à erosão do osso subjacente, ou mesmo, a uma reabsorção do osso alveolar. Diante à existência de alguns diagnósticos diferenciais, o diagnóstico definitivo é baseado no exame histopatológico, característico do GPCG (FORTES et al, 2018; NEVILLE et al, 2016).

Desse modo, o objetivo deste artigo foi relatar um caso de GPCG, abordando as suas características clínicas, radiográficas e histológicas, contribuindo com a literatura científica a fim de ampliar o conhecimento a respeito desta patologia, salientando para a importância do dentista no diagnóstico e manejo dos pacientes acometidos por essa mesma patologia.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente sexo masculino, 48 anos, procurou o serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial do Hospital Regional de Barbacena/Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – MG, apresentando disfagia, aumento volumétrico de consistência endurecida em região submandibular direita, trismo, ausência de parestesia, dor à palpação, sem linfadenopatia regional e com resultado de biópsia incisiva sugerindo ser GPCG.

À oroscopia, apresentava lesão nodular, cruenta, ulcerada, leucoeritoplásica, séssil e localizada em corpo mandibular direito edêntulo (Figura 1). A tomografia foi realizada revelando lesão hiper/hipodensa, com limites imprecisos, unilocular e com extensa perda óssea (Figura 2).

Foram solicitados exames complementares para dosagem de fosfatase alcalina, níveis de cálcio/fósforo e dosagem de PTH (paratormônio), verificando-se, em todos eles, valores normais.

Paciente foi submetido à excisão cirúrgica da lesão, curetagem e ostectomia periférica sob anestesia geral. Associando o novo resultado histopatológico e os valores normais dos exames laboratoriais, confirmou-se o diagnóstico de GPCG (Figura 3).

Paciente retornou após 03 anos de acompanhamento, sem sinais clínicos e imaginológicos de recidiva.



Figura 1 – Aspecto intraoral pré-operatório e trans-operatório da lesão localizada em segmento de corpo mandibular edêntulo.



Figura 2 – Tomografia computadorizada evidenciando extensa lesão mandibular.

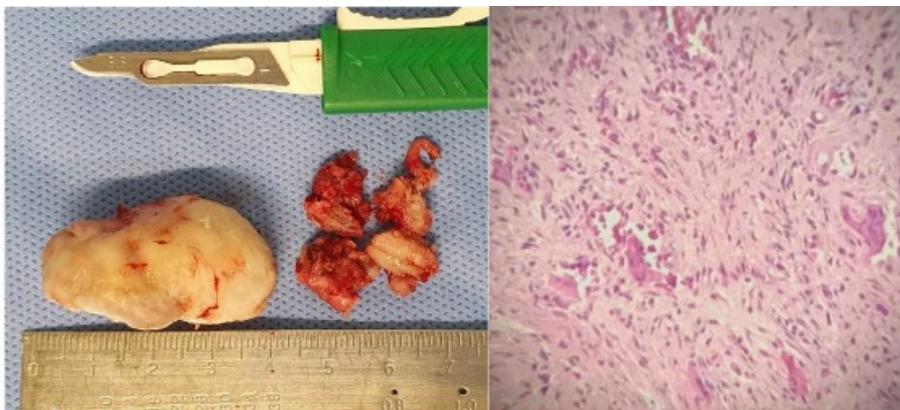


Figura 3 – Peça cirúrgica e corte histológico evidenciando lesão tumoral constituída por proliferação de células ovoides e fusiforme sem atipias em meio às quais há numerosas células gigantes multinucleadas.

DISCUSSÃO

O Granuloma Periférico de Células Gigantes (GPCG) consiste em uma lesão proliferativa não-neoplásica que merece atenção dos cirurgiões-dentistas pelo fato de constituir cerca de 7% dos tumores benignos dos maxilares (CARDOSO et al. 2011).

Apresenta-se clinicamente como uma lesão bem circunscrita, nodular que pode ou não estar ulcerada, avermelhada e cruenta, que acomete as regiões de mucosa alveolar e gengiva, podendo comprometer os tecidos ósseos adjacentes. Alterações radiográficas de GPCG muitas vezes estão ausentes pelo fato de ser uma lesão exclusiva de tecido mole e, quando presentes, apresentam-se como áreas de reabsorção óssea em forma de taça (CARDOSO et al. 2011). Essa lesão apresenta como características histopatológicas células gigantes multinucleadas, células mesenquimais volumosas, ovóides e fusiformes e presença de células inflamatórias agudas ou crônicas (NEVILLE, 2016).

Suas características são histologicamente semelhantes a outras patologias benignas do complexo maxilofacial, como a “lesão de células gigantes”, cisto ósseo aneurismático, tumor marrom do hiperparatireoidismo, querubismo e granuloma piogênico. Para estabelecer o diagnóstico diferencial entre essas lesões, o exame histopatológico deve ser complementado pela anamnese, exame clínico, exames de imagem e exames laboratoriais para pesquisa de possíveis alterações endócrinas (FORTES et al, 2018; FRANÇA et al, 2010; NEVILLE et al, 2016). O diagnóstico diferencial deve levar também em consideração outras lesões como o fibroma ossificante periférico, hiperplasia fibrosa inflamatória, fibroma gengival, fibrossarcomas e até metástases de tumores. O exame histopatológico torna-se imprescindível para o diagnóstico definitivo (CARDOSO et al. 2011).

O tratamento consiste em ressecção cirúrgica de toda a lesão com margens de segurança, incluindo sua base. Embora seja uma lesão benigna sem potencial de malignização, a adoção dessas medidas associada à eliminação do fator traumático é fundamental para evitar recidivas (BARANCELLI, M. et al, 2009). Casos de recidiva podem ocorrer em uma taxa aproximada de 10%, e o tratamento consiste em uma nova intervenção cirúrgica (LEV et al, 2010). Abordagens periodontais adicionais são indicadas para evitar alterações estéticas e funcionais da região operada que geralmente surgem após o tratamento (MORENO RODRÍGUEZ, 2019). A prevenção desses defeitos pós-cirúrgicos pode ser realizada com técnicas cirúrgicas plásticas periodontais preventivas como a utilização de enxertos conjuntivos subepiteliais (LEV et al, 2010).



CONCLUSÕES

Conclui-se que um diagnóstico precoce e o correto manejo da GPCG proporciona ao paciente um bom prognóstico e baixa taxa de recidiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Subramanian P et al. Peripheral Giant Cell Granuloma: A Case Report, J Res Med Dent Sci. 2019; 7(3): 169-172.
2. Fortes N, Bonne R et al. Granuloma periférico de células gigantes – Relato de um caso clínico. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2018; 59(4): 225-230
3. França DCC, André NV, Lessi MAA, Reis G, Aguiar SMHCA. Granuloma Periférico de Células Gigantes: Relato de Caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco- Maxilo-Fac., Camaragibe 2010; 10(3): 29-32.
4. Neville BW et al. Patologia oral e maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 912.
5. Cardoso CL et al. Lesão periférica de células gigantes recorrente: relato de caso. Odontol. Clín-Cient. 2011; 10(1): 95-98.
6. Barancelli M et al. Lesão periférica de células gigantes tratada por cirurgia convencional e cauterização do leito cirúrgico: relato de caso. Braz J Health Research. 2009; 11 (3): 59-64.
7. Lev R et al. Esthetic treatment of peripheral giant cell granuloma using a subepithelial connective tissue graft and a split-thickness pouch technique. J Periodontol. 2010; 81(7):1092-8.
8. Moreno Rodríguez JA. Peripheral Giant Cell Granuloma Associated With Periodontal Intrabony Defect. Clin Adv Periodontics. 2019; 9(3):142-146.